



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201600320

Zittingsdatum : 25 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Comfortpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Compact is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 20 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 december 2015 en 20 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 27 januari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Bij brief van 26 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 3 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016054925) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorg waarop verzoekster is aangewezen planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 27 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 31 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend. Hierop is namens haar, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Ik moet een vast persoon hebben, geen man en de taal is een probleem ik spreek geen Ned. De tijden zijn keer verschillend i.v.m. mijn lichamelijk conditie. Dient oproepbaar zijn. Ik wil de eigen regie en zelf regelen door wie ik geholpen wordt. (...) ADL 3x per dag medicijnen geven. Steunkousen aandoen. Somatische problematiek daaruit voorkomende beperkingen gebroken knie, schouder, hartinfarct 2009. Hartoperatie 2015 / maart, april. Pijnlijk gewrichten. Moeilijk armen omhoog. Door het hart weinig energie. Pijn in de knie. (...) Geen mannen i.v.m. geloof, spreek geen Ned. Ik wil zelf de zorg regelen, zelf de regie hebben, op mijn tijd, op mijn manier door wie ik wil. (...)".*
-  4.2. Verzoekster wordt op wisselende tijden geholpen in verband met haar vermoeidheidsklachten. Zij spreekt met haar verzorger af dat zij haar kan oproepen. Als verzoekster zich benauwd voelt, heeft zij hulp nodig om haar medicatie hiervoor in te nemen. Vanwege de hartoperatie die zij vorig jaar heeft ondergaan, is zij tot weinig in staat. Door de beslissing van de ziektekostenverzekeraar voelt verzoekster zich erg onzeker, hetgeen hartkloppingen tot gevolg heeft. Zij wenst duidelijkheid met betrekking tot de zorg die zij 24 uur per dag nodig kan hebben.
-  4.3. Ter zitting is door verzoekster verklaard dat het gaat om de planbaarheid van de zorg. De benodigde zorg is qua datum en tijd niet te plannen. Verzoekster is geopereerd aan haar hart, schouder en knie. Zij slaapt soms de hele nacht niet en staat dan later op. Het douchen vindt dan ook later plaats. Bovendien variëren de klachten van dag tot dag. De gezondheid van verzoekster wordt van jaar tot jaar slechter. Zij wil een PGB vv om zelf de regie over de zorg te houden.
-  4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging gedurende zeven uur en vijftig minuten per week. De zorg die zij ontvangt, bestaat uit wassen, douchen, het uitzetten van medicijnen en het aantrekken van steunkousen. Verzoekster komt vanwege haar lichamelijke conditie op wisselende tijden uit bed. Zij heeft bij de zorg een vast patroon nodig, wenst deze niet te krijgen van een man, en spreekt geen Nederlands. Verzoekster kampt met somatische problematiek en de hieruit voortvloeiende beperkingen. In 2015 heeft zij een bypassoperatie ondergaan. Verder heeft zij last van pijnlijke gewrichten en heeft zij weinig energie. De ziektekostenverzekeraar heeft een Bewust Keuze Gesprek gevoerd met de dochter van verzoekster, aangezien verzoekster geen Nederlands spreekt. Hieruit is gebleken dat verzoekster zelfstandig woont, samen met een gehandicapte dochter. De dochter waarmee het gesprek is gevoerd, verleent de zorg aan verzoekster, samen met haar zus en twee andere zorgverleners. Er wordt voor een PGB vv gekozen in verband met de wens voor een vast, vertrouwd gezicht voor de zorg, mede in verband met de taalbarrière. De zorg is in principe planbaar. Wel is het zo dat verzoekster de ene keer wat beter slaapt dan een andere, waardoor de zorg in de ochtend wisselend wordt ingezet. De administratie wordt georganiseerd door de dochter van verzoekster, in samenwerking met Humanitas.
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Verzoekster heeft een uitgebreide medische voorgeschiedenis met recent een coronair bypass operatie. Zij is bekend met Diabetes Mellitus type 2 en astma/COPD, waarvoor zij onder behandeling is bij de huisarts. Uit de verkregen informatie blijkt thans dat sprake is van een relatief stabiele situatie; de betreffende aandoeningen worden medicamenteus behandeld. Niet gebleken is van een medische situatie die 24 uur per dag zorg vraagt of waarvoor de zorg gedurende 24 uur op afroep beschikbaar moet zijn. Voorts is niet gebleken dat verzoekster nog onder behandeling is van een specialist. Bij verzoekster is tot slot niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgaanbieder door de specifieke zorgverlening die zij nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het niet of slecht beheersen van de Nederlandse taal valt hier niet onder. Daarnaast is het de ziektekostenverzekeraar opgevallen dat de opgegeven zorgverlener, de dochter van verzoekster, op een adres woont dat niet in de directe nabijheid van het woonadres van verzoekster is. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dan ook niet op welke wijze de dochter van verzoekster de benodigde zorg direct kan verlenen, zoals verzoekster stelt.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij kennis heeft genomen van de klachten van verzoekster. Een oplossing is een later tijdstip af te spreken voor de hulp bij het douchen. Ook de andere noodzakelijke handelingen, zoals het aantrekken van steunkousen, zijn planbaar. Verzoekster wenst vanwege de taalbarrière een vaste zorgverlener. In het kader van het PGB vv is dit echter geen argument.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 26 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken Basispolis Basic' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. (...)

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf u verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging. (...)"

8.4. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv.

*U komt in aanmerking voor het pgb vv als:
(...)*

2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;*

- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

8.5. Artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én
- 3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 26 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

- 9.2. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal zich derhalve beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, waaronder het wassen en douchen. Verder heeft zij hulp nodig bij het aan- en uittrekken van steunkousen en bij het aanreiken van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de hoogte van de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zeven uren en vijftig minuten per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het niet machtig zijn van de Nederlandse taal valt hieronder niet. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van vaste zorgverleners die zij kent en die haar taal spreken, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in het in wisselende mate optreden van vermoeidheid als gevolg van de hartproblematiek.
Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juni 2016,

A.I.M. van Mierlo